

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-575091

49594

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 294		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MAANI MOHAMMED		
Date de naissance : 01/01/1952		
Adresse : Hay LAALOU RUE 16 N° 6 C.D CASA		
Tél. : 06 62 02 66 90	Total des frais engagés : 633,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Dr BENBOUBKER KAZMANE Adiba Médecine générale - Diabétologie Permis de Conduire Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa Tel : 05 22 37 16 61	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 09/11/2020	
Nom et prénom du malade : MAANI ABDEL STOUNI	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Compatriot <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Acné	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : CASA
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 09/11/2020



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/11/20	C		150 DH	091021287 INT : 
09/11/20	Urgence			Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba Médecine générale Diabetologie Permis de Conduire 15 Rue 145 N° 110 C.D - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/2022	4,83,80

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
			O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				H	25533412	21433552												
				D	00000000	00000000												
				G	00000000	00000000												
				B	35533411	11433553												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. Benboubker Kazman Adiba

MEDECINE GENERALE

Echographie
Expert Assermentée

Jamila 5 - Rue 145 N°110
Cité Djemaa - Casablanca

Tél : 05 22 37 16 61

الدكتورة بنبوبكر قزمان أديبة

الطب العام

الإيكوغرافي

خبرة لدى المحاكم

جملة 5 زينة 145 رقم 110

قرية الجماعة

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 16 61

Casablanca, le 09/11/2020

RAAANT ABDEL RAOUNI

PPV:	22,00
LOT:	
PER:	

PPV:	22,00
LOT:	
PER:	

22,00^{x2}) ISTACYNE 100
100 ml

146,60^{x3}) Epiduo gel
1 application/j le mi pd 3 mois

T: 483,80



PHARMACIE ABDELJAOUAD
1, Douar El Mediouni 1 Lahraouine
Tél: 05 22 575 575



Dr. BENBOUBKER KAZMANE
Médecine générale - Diabetologie
Permis de conduire
Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa
Tel: 05 22 37 16 61